

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان افسردگی پس از زایمان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران

محبت کاظمینی^۱، مریم بختیاری^{۲*}، محمد نوری^۳

^۱دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ ^۲دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۶/۵/۲۹

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۱۹

چکیده:

زمینه و هدف: اختلال افسردگی پس از زایمان یک اختلال شایع و ناتوان‌کننده روانی اجتماعی است، به‌صورتی که ۱۰٪ تا ۱۵٪ از زنان تا یک سال بعد از زایمان به این اختلال مبتلا می‌شوند. افسردگی پس از زایمان یک مسأله مهم بهداشت جمعی محسوب می‌شود و پیامدهای منفی را برای مادر و نوزاد به همراه دارد. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی پس از زایمان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی بود که بر روی ۳۲ زن مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی زنان و زایمان در اصفهان انجام شد که به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه ۱۶ نفر تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت بود از پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ و پرسشنامه پذیرش و عمل. پرسشنامه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه توسط کلیه شرکت‌کنندگان تکمیل شد. مداخلات طی ۸ جلسه هفتگی دو ساعته تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نیز از روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری باعث کاهش افسردگی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، در مقایسه با گروه کنترل شد ($P=0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج استفاده از این رویکرد درمانی توسط متخصصین روانشناسی بالینی برای مبتلایان به اختلال افسردگی پس از زایمان توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی پس از زایمان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی.

مقدمه:

پس از زایمان در معرض خطر بالاتری از وزن پایین هنگام تولد، کاهش رشد نوزاد، مشکلات ذهنی، رفتاری، احساسی و اجتماعی هستند (۲). این پژوهش بر افسردگی پس از زایمان (Post Partum Depression) PPD، شایع‌ترین اختلال روان‌شناختی در دوره‌ی بعد از زایمان متمرکز است. با وجود شیوع بالای افسردگی در این دوره، متخصصین بهداشت غالباً از این مسئله چشم‌پوشی می‌کنند، به‌طوری‌که حتی در سیستم‌های بهداشتی

سلامت روانی پس از زایمان را سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) WHO، به عنوان یک موضوع مهم بهداشت جمعی مطرح کرده است؛ حداقل از هر ده زن یک نفر در زمان بارداری و یا یکسال پس از زایمان مبتلا به مشکلات روانی جدی می‌شود (۱). دوره‌های قبل و بعد از زایمان تأثیر مهمی بر آینده‌ی رشد و تحول شناختی، روانی و جسمانی فرزندان خواهد گذاشت؛ فرزندان مادران مبتلا به اختلال روانی

کشورهای توسعه یافته احتمال شناسایی این بیماران و کمک به آنها کمتر از ۵۰٪ می باشد و تنها ۱۰ تا ۱۵٪ افرادی که افسردگی شان تشخیص داده می شود، درمان می شوند (۳).

اختلال افسردگی پس از زایمان یک اختلال شایع و ناتوان کننده روانی اجتماعی است که ممکن است حداکثر طی ۴ هفته اول پس از زایمان آغاز گردد. اگرچه برخی مطالعات شروع آن را تا ۱۲ ماه پس از زایمان گزارش کرده اند (۴). شیوع افسردگی پس از زایمان در چند هفته اول بعد از زایمان از ۱۳ تا ۲۰٪ و در شرایط خاص تا ۴۱٪ گزارش شده است (۵). افسردگی پس از زایمان اثرات مخربی بر مادر، کودک و خانواده می گذارد. عوامل تشویش از قبیل عادت ماهیانه، مهارت های ناکافی اجتماعی و فشارهای روانی اجتماعی را در بروز افسردگی پس از زایمان دخیل می دانند (۶). اما شایان توجه است که هنوز علت این اختلال شناخته نشده است، عوامل بیولوژیک نظیر افت ناگهانی غلظت استروژن بعد از زایمان، افت پروژسترون، وجود آنتی بادی های ضد تیروئید، پرولاکتین، اکسی توسین و بتا اندروپین ها در بروز این اختلال نقش دارند. باین حال نمی توان این اختلال را ناشی از تغییرات هورمونی پس از زایمان دانست، چراکه تنها درصدی از زنان بعد از زایمان به این اختلال مبتلا می شوند و همچنین امروزه شواهدی وجود دارد، مبنی بر این که مردان نیز افسردگی را پس از زایمان همسرانشان تجربه می کنند (۷). علی رغم مطالعات محدودی که در حیطه درمان غیردارویی افسردگی پس از زایمان صورت گرفته است، تعدادی از پژوهش های انجام شده نشان دهنده اثربخشی درمان های ۶ تا ۱۲ جلسه ای، شامل درمان های غیرمستقیم و درمان با رویکردهای شناختی هستند.

در مطالعه ی مروری که توسط Goodman و Santangelo، بر ۱۱ پژوهش انجام شده درخصوص درمان های گروهی برای افسردگی پس از زایمان صورت

گرفت؛ هر ۱۱ پژوهش نشان دهنده بهبود علائم افسردگی بودند. ۴ مداخله از ۶ کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده (Randomized Control Therapy) RCT، قوی ترین شواهد را برای اثربخشی درمان افسردگی پس از زایمان به شکل گروهی، فراهم کردند. در هر یک از مداخلات نوع متفاوتی از درمان اجرا شده بود؛ رفتار درمانی شناختی، روان درمانی بین فردی، حمایت اجتماعی. همچنین پژوهش های دیگر در این مطالعه مروری اثرات سودمند مشابهی را نشان دادند (۸).

Stevenson و همکاران، در یک مطالعه ی مروری بر رفتار درمانی شناختی به شکل گروهی در مقایسه با مراقبت اولیه معمولی (Routine primary care) بعد از زایمان برای زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، نشان دادند که اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر بهبود علائم افسردگی بیشتر از مراقبت اولیه معمولی است (۹). Miniati و همکاران، در یک مطالعه ی مروری بر مطالعات منتشر شده بین سال های ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۳ درمورد روان درمانی بین فردی برای PPD، دریافتند که نتایج مطابق با مطالعات پیشین حاکی از اثربخشی روان درمانی بین فردی، به شکل فردی و گروهی هستند و پاسخ درمانی معنی دار از این شواهد حمایت می کند (۱۰).

روشی که در سالیان اخیر بیشتر مورد توجه بوده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که با عنوان اختصاری ACT (Acceptance and Commitment Therapy) شناخته شده و یک شکل از درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر زمینه گرایی عملکردی (Functional Contextualism) است. به رغم Herbert و Forman، از اهداف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف پذیری روان شناختی است: یعنی به بیمار کمک شود تا خود را از چرخه اجتناب و آمیختگی شناختی خارج کند، البته نه با چالش یا تغییر افکار و هیجان هایش بلکه از طریق فرایندهای پذیرش (acceptance)، گسلش (defusion)،

خود به عنوان زمینه (self as a context) ارتباط با زمان حال (context with present moment)، ارزش‌ها (values)، عمل متعهدانه (action committed) که همه‌ی آن‌ها باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند (۱۱). اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک رویکرد فراتشخیصی پایه‌گذاری شد، با این حال اولین کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده، اثربخشی این درمان را بر افسردگی ارزیابی نمود. در این کارآزمایی بالینی که توسط Zettle و Hayes انجام گردید، نتایج حاکی از این بود که ACT اثربخش‌تر از شناخت درمانی برای درمان افسردگی است و آزمودنی‌های گروه ACT کاهش سریع‌تری را در افکار افسرده‌وارشان داشتند (۱۲).

افسردگی با تأثیر سوء بر توانایی خودمراقبتی مادر، ممکن است منجر به مشکلاتی از قبیل تغذیه ناکافی مادر، ارتباط ضعیف بین مادر و کودک، آسیب رشد شناختی کودک، سوء مصرف دارویی، مراجعه‌های نامنظم مادر به مراکز درمانی و اختلال در ارتباط با همسر شود (۱۳). دلیل دیگری که لزوم پرداختن به مادران افسرده پس از زایمان را برجسته می‌سازد، این است که چندین مطالعه حاکی از آن‌اند که افسردگی پس از زایمان، خطر بروز دوره‌های افسردگی اساسی را در طول عمر افزایش می‌دهد. همچنین درمان افسردگی پس از زایمان به دلیل خطر انتقال داروهای ضدافسردگی به درون شیر مادر و بدن نوزاد به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است (۱۴).

جمع‌بندی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که برنامه‌ها و اقدام‌های درمانی محدودی جهت پیشگیری و کاهش مشکلات خلقی بعد از زایمان پیشنهاد و استفاده شده است (۱۵). اگرچه در تعدادی از مطالعات از درمان‌های دارویی و غیردارویی در پیشگیری و درمان افسردگی پس از زایمان حمایت شده است، ابهام‌ها و تناقض‌های زیادی در میزان اثربخشی هریک از

مداخله‌ها وجود دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که پژوهش‌های معدودی پیرامون مداخله‌های درمانی چندجانبه، درمان‌های جایگزین، جنبه‌های پیشگیری در سطوح مختلف، دارودرمانی و میزان ایمنی آن برای مادر و شیرخوار انجام شده است (۱۶).

تحقیقات تجربی بسیاری به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی اختلالات روانی و مشکلات کلینیکی مختلفی صورت گرفته است و همچنین مطالعات متعددی برای تشخیص، پیشگیری و درمان افسردگی پس از زایمان انجام شده است. باین حال تاکنون اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی پس از زایمان مورد مطالعه قرار نگرفته بود و هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی پس از زایمان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود.

روش بررسی:

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده است. جامعه مورد پژوهش شامل مادرانی بود که برای اولین مراقبت پس از زایمان به کلینیک متخصص زنان و زایمان در اصفهان، در پاییز و زمستان ۱۳۹۴ مراجعه کردند. جهت انتخاب شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌ی افسردگی پس از زایمان ادینبرگ و پرسشنامه افسردگی بک، توسط ۱۸۸ نفر از مادرانی که در این زمان (آذر و دی) به کلینیک مراجعه کرده بودند، تکمیل گردید. از این تعداد ۳۲ نفر از افرادی که دارای نمره‌ی ۱۳ و بالاتر در پرسشنامه‌ی ادینبرگ و نمره‌ی ۱۷ و بالاتر در پرسشنامه‌ی بک بودند، به صورت غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند. سپس توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی به غیر از درمانگر ارزیابی شدند و مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-I) جهت تشخیص دقیق‌تر اختلال افسردگی پس از زایمان اجرا شد و افرادی که براساس مصاحبه تشخیص اختلال

روانی همبود اختلال افسردگی اساسی را داشتند، از مطالعه خارج شدند. سپس نوع زایمان و جنسیت نوزاد مادرانی که دارای تشخیص افسردگی پس از زایمان بودند، مشخص شده و بعد به صورت تصادفی (قرعه کشی) ۱۶ نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۶ نفر در گروه کنترل گمارده شدند. با توجه به این که این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی است، حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است که با احتساب احتمال ریزش نمونه در پیگیری ۱۶ نفر در هر گروه و در کل ۳۲ نمونه برای این مطالعه مناسب است (۱۷).

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: ۱- دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۴۰ سال؛ ۲- مادرانی که زایمان اول را تجربه کردند؛ ۳- حداقل ۴ هفته از زایمان مادران گذشته بود؛ ۴- نوزاد تک قلو بود؛ ۵- مادرانی که در پرسشنامه افسردگی بک امتیاز ۱۷ و بالاتر ($BDI-II \geq 17$) و در پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ امتیاز ۱۳ و بالاتر ($EPDS \geq 13$) را بدست آوردند؛ ۶- مادرانی که تشخیص اختلال افسردگی پس از زایمان را از طریق SCID-I گرفتند.

ملاک‌های خروج از مطالعه شامل: ۱- مادرانی که براساس مصاحبه‌ی SCID-I تشخیص اختلال روانی همبود اختلال افسردگی اساسی داشتند. مثل دوره‌ی مانیک همراه با خلق تحریک‌پذیر، اختلال سازگاری همراه با خلق افسرده، غمگینی، ADHD؛ ۲- مادرانی که پتانسیل فعال اقدام به خودکشی در دوره‌ی فعلی داشتند و به درمان فوری نیازمند بودند؛ ۳- مادرانی که به دلیل اختلالات افسردگی و اضطراب تحت درمان (اعم از دارودرمانی و روان درمانی) بودند؛ ۴- مادرانی که به هر علت تمایل به ادامه شرکت در جلسه‌های گروه درمانی را نداشتند؛ ۵- برای هر دو گروه در یک زمان (پیش‌آزمون)، به منظور سنجش میزان افسردگی، از پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه سنجش

افسردگی پس از زایمان ادینبرگ و برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از پرسشنامه پذیرش و عمل استفاده شد.

گروه درمان تحت درمان گروهی پذیرش و تعهد، طی ۱ جلسه ۲ ساعته به صورت هفته‌ای قرار گرفت و گروه کنترل، هیچگونه درمانی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمانی به منظور مقایسه اثربخشی مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو گروه با هم مقایسه و پیگیری دو ماهه انجام شد. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها پس از کدگذاری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. لازم به ذکر است که مجموعاً ۱۱ نفر از آزمودنی‌ها، ۵ نفر از گروه آزمایش و ۶ نفر از گروه کنترل، به علت قطع درمان، جابه‌جایی و ... از مطالعه خارج شدند.

قبل از اجرای این پژوهش، رضایت مادران جهت شرکت در این پژوهش جلب شد. برای حفظ اصل رازداری اطلاعات مربوط به شرکت‌کنندگان با استفاده از کد اختصاص داده شده به هر یک ثبت شد. مراجعان در صورت تمایل می‌توانستند درمان را قطع کنند و از مطالعه خارج شوند. همچنین درمورد قوانین شرکت در پژوهش از قبیل رعایت رازداری، رعایت نظم و حضور منظم در جلسات درمانی به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و روند کلی برنامه‌ها و جلسات درمان برای آن‌ها تشریح شد و رضایت‌نامه شرکت در پژوهش توسط همه شرکت‌کنندگان تکمیل شد. همچنین، پس از اتمام طرح پژوهشی، به منظور رعایت اصول اخلاقی، برای آزمودنی‌های شرکت‌کننده در گروه کنترل ۸ جلسه گروه درمانی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد اجرا شد. برنامه آموزش گروهی براساس پروتکل ۸ جلسه‌ای درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به صورتی که در جدول شماره ۱ آمده است، اجرا شد (۱۸). در پژوهش حاضر جهت تحلیل داده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل کواریانس و نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

جدول شماره ۱: محتوی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوی جلسات
جلسه اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ سنجش کلی و سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه‌ها به منظور سنجش پیش از درمان.
جلسه دوم	تصریح اثربخش نبودن نهایی تلاش‌های فرد برای کنترل افسردگی؛ ادامه‌ی درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT.
جلسه سوم	تمایل به ترک برنامه‌ی ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسئله‌هاست، نه راه‌حل؛ تصریح محدودیت‌های کنترل، هنگام هدف قراردادن رویدادهای درونی.
جلسه چهارم	معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل. تصریح مزایای پذیرش نشخوارذهنی، افکار افسرده‌وار و دیگر رویدادهای درونی.
جلسه پنجم	تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارینی برای گسلش.
جلسه ششم	ارتباط با زمان حال و تمرینات ذهن‌آگاهی و کار روی خود به عنوان زمینه.
جلسه هفتم	شناسایی ارزش‌های افراد؛ تصریح ارزش‌ها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع.
جلسه هشتم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه؛ پاسخ به پرسشنامه‌ها به منظور سنجش پس از درمان و ختم درمان.

افسردگی پس از زایمان محسوب می‌شود. نسخه‌ی ایرانی این پرسشنامه قابل پذیرش بوده و ابزاری با اعتبار و پایا جهت سنجش افسردگی پس از زایمان می‌باشد. در اعتباریابی احمدی کانی گلزار و قلی‌زاده، ضریب اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ بود. مقدار همبستگی‌های درونی آزمون با آزمون کیزر-میر-اولکین برابر با ۰/۸۰ به دست آمد که نشان از صحت گویه‌های پرسشنامه در تشخیص افسردگی پس از زایمان است (۲۰).

در پژوهش حاضر از هر دو پرسشنامه ادینبرگ و بک-۲ استفاده شد، زیرا کوتاه‌بودن گزینه‌های پرسشنامه EPDS از دقت این آزمون می‌کاهد و حساسیت آن را نسبت به درمان کاهش می‌دهد، لذا نباید انتظار دقیق برآورد اثرات درمانی را از آن داشت. به همین جهت، هم در غربالگری و هم در بررسی نتایج گروه‌های مداخله و کنترل، از آزمون افسردگی بک (BDI-II) استفاده شد تا هم خطاهای موجود در پرسشنامه ادینبرگ را پوشش دهد و هم اینکه شدت افسردگی آزمودنی‌ها را مورد سنجش قرار دهد.

پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم BDI-II (Beck Depression Inventory-II) شامل ۲۱ سوال است که به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. نقطه‌ی برش در این فرم عبارت است از: ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی، ۱۴ تا ۲۰: افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط، ۲۸ تا ۶۳: افسردگی شدید. در این پژوهش نقطه برش $BDI-II \geq 17$ در نظر گرفته شده است. در مطالعه‌ی دابسون و محمدخانی، ضریب اعتبار کل BDI-II را ۰/۹۱ گزارش کردند. ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۷۳ گزارش شد (۱۹).

پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ (Edinburgh Postnatal Depression Scale= EPDS) حاوی ۱۰ سؤال است که هر سؤال به صورت صفر تا ۳ نمره گذاری می‌گردد، حداکثر امتیاز ۳۰ و حداقل صفر می‌باشد. کسب نمره ۱۳ یا بیشتر به عنوان

پرسشنامه پذیرش و عمل AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire) پذیرش، اجتناب تجربی و عدم انعطاف پذیری روانی اندازه گیری می شود. AAQ-II ۱۰ سؤال دارد که هر یک بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از ۱ تا ۷ نمره گذاری می شود و حداکثر امتیاز ۷۰ و حداقل ۱۰ می باشد. عباسی و همکاران، برای اولین بار در ایران به بررسی کفایت روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پرداختند. بدین صورت که پس از ترجمه پرسشنامه، پژوهش خود را بر گروه دانشجویان اجرا نمودند و همسانی درونی و ضریب تنصیف رضایت بخشی (۰/۷۱-۰/۸۹) را گزارش کردند (۲۱).

در بخش استنباطی به منظور تحلیل فرضیه ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. در این تحلیل دو گروه شرکت کننده در پژوهش (درمان و کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی و زمان اندازه گیری متغیرهای افسردگی بک و افسردگی ادینبرگ و انعطاف پذیری روان شناختی به عنوان درون آزمودنی در نظر گرفته شدند. قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، پیش فرض های آزمون از جمله توزیع نرمال، تساوی واریانس های دو گروه و تناسب واریانس ها محاسبه شد.

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (Shapiro - Wilk) نشان دهنده توزیع نرمال داده ها بود ($P \geq 0/05$). همچنین استفاده آزمون لوین (Levene) برای هیچ کدام از متغیرهای ملاک معنی دار نبود ($P \geq 0/05$). در نتیجه فرض همسانی واریانس نمرات برقرار بود. در نهایت نتایج آزمون ماچلی (Mauchly) نشان داد که مفروضه کرویت برای اثرهای مربوط به زمان، زمان و گروه، گروه رعایت شده است. بنابراین می توان گفت که فرض برابری واریانس های درون آزمودنی برای تمام متغیرها رعایت شده است ($P \geq 0/05$). همچنین نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه میانگین

افسردگی پس از زایمان ادینبرگ، افسردگی بک و انعطاف پذیری روان شناختی در دو گروه درمان و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری حاکی از تفاوت بین دو گروه درمان و کنترل در متغیر افسردگی پس از زایمان ادینبرگ معنی دار بود ($P = 0/001$). بر این اساس می توان گفت که مداخله ی گروهی با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵۰٪ واریانس کل متغیر افسردگی پس از زایمان را تبیین می کند. همچنین تفاوت بین دو گروه درمان و کنترل در متغیر افسردگی بک معنی دار بود ($P = 0/001$)، بنابراین ۵۸٪ واریانس کل متغیر افسردگی بک را مداخله ی گروهی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد تبیین می کند. همچنین نتایج حاکی از این است که تفاوت بین دو گروه درمان و کنترل در متغیر انعطاف پذیری روان شناختی معنی دار است ($P = 0/001$). براساس ضریب تأثیر به دست آمده، ۵۰٪ واریانس کل متغیر انعطاف پذیری روان شناختی ناشی از مداخله ی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

یافته ها:

شاخص های آمار توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان نشان می دهد که سن شرکت کنندگان در گروه درمان $28/08 \pm 3/9$ (میانگین \pm انحراف معیار) و در گروه کنترل $27 \pm 4/45$ است. همچنین بین دو گروه درمان و کنترل از نظر سن تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P = 0/184$ ، $T = 1/360$). هم در گروه درمان و هم در گروه کنترل نوزاد با جنس مذکر دارای فراوانی بیشتری می باشد. علاوه بر این در مورد نوع زایمان در هر دو گروه همسانی وجود دارد. همچنین در هر دو گروه اکثریت دارای وضعیت اقتصادی متوسط می باشند و بیشترین سطح تحصیلات، لیسانس می باشد. با توجه به نتایج، می توان بیان داشت که هر دو گروه درمان و کنترل از نظر ویژگی های ذکر شده متعادل می باشند.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افسردگی پس از زایمان ادینبرگ و افسردگی بک و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دو گروه درمان و کنترل

گروه	متغیر	افسردگی ادینبرگ	افسردگی بک	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی
پیش‌آزمون	درمان	۱۷/۱۲±۳/۰۷	۳۵/۲۵±۴/۳۱	۲۱/۵۶±۵/۴۶
	کنترل	۱۷/۶۲±۲/۸۹	۳۴/۸۷±۵/۲۶	۲۱/۲۵±۵/۸۱
پس‌آزمون	درمان	۹/۸۱±۲/۱۶	۲۱/۱۲±۲/۳۳	۲۹/۸۱±۶/۲۴
	کنترل	۱۷/۱۲±۳/۲۰	۳۵/۱۸±۵/۱۵	۲۱/۶۸±۵/۵۷
پیگیری	درمان	۱۰/۰۶±۱/۸۰	۲۱/۵۶±۱/۹۳	۳۰/۸۷±۶/۵۶
	کنترل	۱۷/۳۷±۳/۰۷	۳۵/۳۱±۴/۶۲	۲۳/۱۲±۶/۱۵

داده‌ها به صورت میانگین \pm انحراف معیار بیان شده‌اند.

همان‌طور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمرات افسردگی پس از زایمان ادینبرگ، افسردگی بک و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون در گروه درمان کاهش محسوس را نشان می‌دهد، در صورتی‌که در گروه کنترل این کاهش محسوس نیست. براساس نتایج مندرج در جدول می‌توان به این توصیف دست زد که استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث تغییر در افسردگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه درمان شده است.

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه میانگین افسردگی پس از زایمان ادینبرگ، افسردگی بک و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دو گروه درمان و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب تأثیر	توان آماری
افسردگی ادینبرگ	عامل بین‌گروهی	۶۱۰/۰	۱	۶۱۰/۰	۳۰/۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۶	۱/۰۰
	عامل درون‌گروهی	۳۰۶/۰	۲	۱۰۵/۰	۱۰۵/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۸	۱/۰۰
افسردگی بک	عامل گروه و آزمون	۲۴۷/۵	۲	۱۲۳/۷	۸۵/۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۰	۱/۰۰
	عامل بین‌گروهی	۲۰۰۷/۵	۱	۲۰۰۷/۵	۴۲/۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۸	۱/۰۰
	عامل درون‌گروهی	۹۷۷/۷	۲	۴۸۸/۸	۱۹۹/۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۹	۱/۰۰
	عامل گروه و آزمون	۱۰۸۸/۱	۲	۵۴۴/۰	۲۲۲/۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۱	۱/۰۰
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	عامل بین‌گروهی	۶۹۸/۷	۱	۶۹۸/۷	۷/۱	۰/۰۱۲	۰/۱۹۳	۰/۷۳۷
	عامل درون‌گروهی	۵۵۱/۶	۲	۲۷۵/۸	۵۴/۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۶	۱/۰۰
	عامل گروه و آزمون	۳۱۰/۶	۲	۱۵۵/۳	۳۰/۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۷	۱/۰۰

بحث:

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان اختلال افسردگی پس از زایمان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران انجام شد. در بررسی پیشینه پژوهشی، تحقیقی که مستقیماً اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی پس از زایمان را مطالعه کرده باشد، یافت نشد. در پژوهش‌هایی که درمان‌های دیگری مانند اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و درمان شناختی-رفتاری را بر روی بیماران مبتلا به افسردگی پس از زایمان بررسی کردند، یافته‌های مشابهی وجود داشت، به‌طوری‌که درمان شناختی-رفتاری بر بهبود علائم افسردگی پس از زایمان تأثیرگذار بود. نتایج حاصل از این پژوهش نیز با نتایج پژوهش‌های محققین با هدف به‌کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان استرس ناباروری، Miniati و همکاران، با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی بین فردی برای افسردگی پس از زایمان و مطالعه‌ی مروری Sockol بر بررسی اثربخشی رفتار درمانی شناختی برای درمان و پیشگیری از افسردگی پس از زایمان همسو می‌باشد (۲۴-۲۲، ۸، ۱۰). در تبیین یافته‌ها می‌توان بیان کرد که گرچه در این مداخلات درمانی، مستقیماً به علائم افسردگی پرداخته نشد، اما اعتقاد بر این بود که وقتی مراجعان برای کاهش افکار و احساسات تلاش و به‌جای آن به اهداف تعیین شده در جهت‌های ارزشمند زندگی حرکت کنند، کاهش نشانه خود به خود رخ می‌دهد. اجتناب تجربه‌ای افراد افسرده از افکار، تجربیات، احساسات و خاطراتشان فرآیند آسیب‌زایی را به‌وجود می‌آورد، به همین دلیل یکی از اهداف مداخلات در این پژوهش تغییر در الگوهای اجتنابی اولیه بود. اجتناب تجربه‌ای به‌طور کارکردی به‌عنوان تلاش‌ها برای اجتناب یا فرار از آمیختن با افکار و احساسات افسرده‌وار تعریف می‌شوند. مولفه‌ی پذیرش در رویکرد مبتنی بر پذیرش و

تعهد برای مراجعان این امکان را به‌وجود می‌آورد که تا تجربیات درونی خویش را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها احساس کنند و این کار باعث می‌شود که آن‌ها را کمتر تهدیدکننده ارزیابی کنند (۲۵).

همچنین نتایج به‌دست آمده از این پژوهش نشان داد که این درمان موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان می‌شود و این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های Bohlmeijer و همکاران، Livheim و همکاران و Walser و همکاران می‌باشد (۲۹-۲۷). نتایج تحقیقات نشان‌دهنده اهمیت پذیرش روانی به‌خصوص درمورد عملکردهای روان‌شناختی است. در این پژوهش نیز بیمارانی که گزارش کردند تمایل بیشتری برای تجربه کردن تجارب روان‌شناختی منفی، تجارب هیجانی، افکار و خاطرات نامطلوب دارند، عملکرد اجتماعی، فیزیکی و هیجانی بهتری را نشان دادند. در حقیقت هدف این درمان افزایش خزانه رفتاری فرد است و نه کاهش نشانه‌های اختلال، چیزی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نامیده می‌شود. در واقع اجتناب از تجارب انسان‌ها را درمقابل عوامل تنیدگی‌زا آسیب‌پذیرتر می‌نماید و همین آسیب‌پذیری بر مولفه‌های روان‌شناختی ازجمله کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی تأثیر نامناسبی به‌جای می‌گذارد. درواقع فرآیندهای مرکزی ACT به افراد آموزش داد، چگونه عقیده بازدارنده فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ رویدادهای درونی را به‌جای کنترل کردن آن‌ها بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند (۲۹).

همچنین یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های Kashdan و همکاران، Jeffcoat و Hayes و Fledderus و همکاران همگراست و حاکی از ارتباط معنی‌داری بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با علائم

افسردگی مورد توجه پژوهشگران قرار دارد و اثربخشی آن در ابعاد مختلف این اختلالات تأیید شده است. از محدودیت‌های این پژوهش، نمونه‌گیری دردسترس، تعداد محدود جلسات، خروج ۱۱ نفر از مادران گروه درمان و کنترل به دلیل بیماری، قطع درمان، عدم دسترسی و جابه‌جایی و تمایل کم به همکاری برخی از نمونه‌ها بود.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

در مطالعات انجام شده دلیل موفقیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با انواع اختلالات بالینی و نیز گروه‌های مختلف این افراد، این است که این رویکرد به جای تمرکز بر شکل و فراوانی نشانه‌های یک اختلال، بر فرآیندهای کارکردی متمرکز است که در پس بسیاری از تظاهرات مختل رفتاری وجود دارند. نتایج مطالعه حاضر نیز بیانگر اثربخشی این درمان بر افسردگی پس از زایمان می‌باشد. با توجه به اینکه افسردگی پس از زایمان به عنوان یک معضل خانوادگی و اجتماعی شیوع نسبتاً بالایی دارد و با افزایش مسئولیت‌های ناشی از تولد کودک، نیاز به حمایت اجتماعی، خانوادگی و عاطفی زنان بیشتر شده، بنابراین با به کارگیری این درمان در برنامه‌ریزی آموزشی بیمارستان‌ها می‌توان به بهبود افسردگی پس از زایمان و عوارض ناشی از آن کمک کرد. همچنین تشخیص به موقع و درمان این اختلال از عواقب این اختلال برای مادر، نوزاد و خانواده می‌کاهد و می‌تواند نقش به‌سزایی در بهداشت روانی و سازگاری مادران با موقعیت جدید و درنهایت سلامت و بهداشت خانواده داشته باشد. جهت افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها پیشنهاد می‌شود این مطالعه با نمونه‌ی بزرگتر و در مناطق روستایی انجام شود.

تشکر و قدردانی:

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مصوب با کد کمیته اخلاق IR.SBMU.SMREC.1394.16 در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. بدینوسیله مراتب

افسردگی مادران افسرده پس از زایمان بود (۳۲-۳۰). به این معنی که با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی علایم افسردگی پس از زایمان کاهش یافته است. شاید همه‌ی آنچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سعی دارد بگوید را در نتیجه‌ی این فرضیه از پژوهش بتوان یافت. اجتناب تجربه‌ای رابطه‌ی میان راهبردهای تنظیم هیجان منفی و ناراحتی را میانجی‌گری می‌کند. به طور کلی افرادی که در تنظیم هیجان مشکل دارند یا از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان استفاده می‌کنند، انعطاف‌پذیری کمتر و اجتناب تجربه‌ای بیشتری داشته و قادر به تحمل ناراحتی و چالش‌های زندگی و مشکلات نیستند که همین امر منجر به ناراحتی بیشتر و مشکلات روانی در این افراد شده و سلامت روان را در آن‌ها کاهش می‌دهد.

نتایج نشان داد که اجتناب تجربه‌ای با افسردگی رابطه‌ی معنی‌داری دارد؛ به این معنی که هرچه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد کمتر باشد، میزان افسردگی در او بیشتر می‌شود (۲۵). پژوهش‌های Begotka و همکاران و Bond و همکاران، از این یافته‌ها حمایت می‌کنند (۳۳، ۳۴). درنهایت می‌توان بیان داشت که با توجه به اینکه افسردگی پس از زایمان به عنوان یک معضل خانوادگی و اجتماعی شیوع نسبتاً بالایی دارد، با تشخیص به موقع و درمان این اختلال می‌تواند از عواقب این اختلال برای مادر، نوزاد و خانواده بکاهد و عملکرد خانوادگی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد.

نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال افسردگی پس از زایمان تأثیر داشته و علایم افسردگی را کاهش می‌دهد. این نتایج همسو با یافته‌های پیشین بود. علاوه‌براین یافته‌ها حاکی از اثربخشی این درمان بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از درمان‌های موثر بر اختلالات

سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کلیه مادران
شرکت کننده در این پژوهش که صمیمانه همکاری
نمودند، اعلام می‌داریم.

منابع:

1. Tol W, Purgato M, Bass J, Galappatti A, Eaton W. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: A public mental health perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2015; 24(06): 484-94.
2. Kingston D, Tough S. Prenatal and postnatal maternal mental health and school-age child development: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*. 2014; 18(7): 1728-41.
3. Kraemer S. Integrated perinatal care. *Psychiatry*. 2015; 52: 119-29.
4. Gavin NI, Meltzer-Brody S, Glover V, Gaynes BN. Is population-based identification of perinatal depression and anxiety desirable? Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment, and Management. 2015: 11-31.
5. Seimyr L, Welles-Nyström B, Nissen E. A history of mental health problems may predict maternal distress in women postpartum. *Midwifery*. 2013; 29(2): 122-31.
6. Stein A, Arteché A, Lehtonen A, Craske M, Harvey A, Counsel N, et al. Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression. *Infant Behavior and Development*. 2010; 33(3): 273-8.
7. O'hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2013; 9: 379-407.
8. Goodman JH, Santangelo G. Group treatment for postpartum depression: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*. 2011 1; 14(4): 277-93.
9. Stevenson M, Scope A, Sutcliffe P, Booth A, Slade P, Parry G, et al. Group cognitive behavioral therapy for postnatal depression: A systematic review of clinical effectiveness, cost effectiveness and value of information analyses. *Health Technology Assessment*. 2010; 14(44): 1-35.
10. Miniati M, Callari A, Calugi S, Rucci P, Savino M, Mauri M, et al. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*. 2014; 17(4): 257-68.
11. Herbert JD, Forman EM, editors. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies. USA: John Wiley and Sons; 2011.
12. Zettle RD, Hayes SC. Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior*. 1986; 4: 30.
13. Wee KY, Skouteris H, Pier C, Richardson B, Milgrom J. Correlates of ante-and postnatal depression in fathers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 130(3): 358-77.
14. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
15. Howard L, Hoffbrand SE, Henshaw C, Boath L, Bradley E. Antidepressant prevention of postnatal depression. *The Cochrane Library*; 2005.
16. Miller LJ, LaRusso EM. Preventing postpartum depression. *Psychiatric Clinics of North America*. 2011; 34(1): 53-65.
17. Delaware A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. Tehran: Growth Publication; 2115. [Persian]
18. Zettle R. ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression. USA: New Harbinger Publications; 2007.

19. Dobson SK, Mohamadkhani, P. Psychometric characteristics of Beck Depression Inventory-2 in patients with major depressive disorder in the recovery period relative. *Rehabilitation*. 2006; 8(29): 80-6.
20. Ahmadikanigolzar A, Gholizadeh, Z. Iranian validation tests to screen for postpartum depression, postpartum depression Edinburgh. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2015; 3(3): 1-10. [Persian]
21. Abbasi E, Fata L, Moloodi R, Zarabi H. Psychometric adequacy of acceptance and action Farsi version of the second edition. *Methods and Psychological Models*. 2013; 2(10): 65-80. [Persian]
22. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2009; 200(4): 357-64.
23. Peterson BD, Eifert GH. Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2011; 18(4): 577-87.
24. Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 177: 7-21.
25. Izadi RAM. Acceptance and Commitment Therapy. Tehran: Jungle publications; 2112. [Persian]
26. Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx T, Pieterse ME. Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2011; 49(1): 62-7.
27. Livheim F, Hayes L, Ghaderi A, Magnusdottir T, Hogfeldt A, Rowse J, et al. The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*. 2015; 24(4): 1016-30.
28. Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, Trockel M, Ryu DM, Taylor CB. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour Research and Therapy*. 2015; 74: 25-31.
29. McCracken LM, Gutiérrez-Martínez O. Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 2011; 49(4): 267-74.
30. Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44(9): 1301-20.
31. Jeffcoat T, Hayes SC. A randomized trial of ACT bibliotherapy on the mental health of K-12 teachers and staff. *Behaviour Research and Therapy*. 2012; 50(9): 571-9.
32. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Fox J-P, Schreurs KM, Spinhoven P. The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2013; 51(3): 142-51.
33. Begotka AM, Woods DW, Wetterneck CT. The relationship between experiential avoidance and the severity of trichotillomania in a nonreferred sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2004; 35(1): 17-24.
34. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*. 2011; 42(4): 676-88.

Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on postpartum depression and psychological flexibility

Kazemeyni M¹, Bakhtiari M^{2*}, Nouri M²

¹Student, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran; ²Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran.

Received: 8/Jan/2017

Accepted: 20/Aug/2017

Background and aims: Postpartum depression (PPD) is a common and disabling psychosocial disorder that it suffers 10% to 15% women during the first year after delivery. PPD is a public health problem with negative consequences for both mother and infant. Thus, the aim of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on postpartum depression and its effect on psychological flexibility.

Methods: The current study was a clinical trial on 32 women who referred to Gynecology Clinic in Isfahan, Iran. Participants were randomly divided in two groups of experiment and control, 16 women in each group. The instruments of research included Beck depression inventory, Edinburgh postpartum depression inventory and Acceptance and Action questionnaires. These were completed by both groups in three stages: Pre-test, post-test and the follow up stage after a 2- month intervention. Interventions were conducted in 8 sessions, 2 hours in a week. Data were analyzed using analysis of variance with repeated measures.

Results: The results showed that Acceptance and commitment therapy, was significantly reduced the rate of depression and increased the psychological flexibility, compared with the control group ($P=0.001$).

Conclusion: According to the results, use of this therapy approach is recommended by clinical psychology specialists to women with PPD.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Postpartum depression, Psychological flexibility.

Cite this article as: Kazemeyni M, Bakhtiari M, Nouri M. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on postpartum depression and psychological flexibility. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2017; 6(4): 20-31.

***Corresponding author:**

Clinical Psychology Dept., Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran,
Tel: 00989364858811, E-mail: dr.maryam.bakhtiari@gmail.com